

**ENTIDADE REGULADORA  
DA SAÚDE**

**RELATÓRIO SOBRE O ESTUDO TÉCNICO DE  
CARACTERIZAÇÃO DOS PRESTADORES NÃO  
PÚBLICOS DE CUIDADOS DE SAÚDE COM  
CENTROS DE NASCIMENTO**

**JUNHO DE 2007**

## Índice

Sumário Executivo .....	3
1. Avaliação dos Centros de Nascimento Não Públicos em Portugal.....	4
2. Metodologia.....	10
3. Desenvolvimento do Processo de Avaliação .....	12
4. O Processo de Avaliação.....	15
4. O Processo de Avaliação.....	16
4.1 Organização institucional .....	17
4.2 Recursos humanos .....	17
4.3 Processo clínico .....	18
4.4 Equipamentos .....	18
4.5 Instalações .....	19
4.6 Procedimentos de segurança e de emergência.....	19
4.7 Casuística .....	20
5. Pressupostos para Avaliação.....	21
6. Conclusões gerais.....	23
7. Conclusões específicas .....	25
7.1 Organização institucional .....	25
7.2 Recursos humanos .....	25
7.3 Processo clínico .....	25
7.4 Equipamentos .....	26
7.5 Instalações .....	26
7.6 Procedimentos de segurança e de emergência.....	26
7.7 Casuística .....	26
8. Recomendações .....	29
9. ANEXOS .....	31
9.1 Anexo I – Composição do Grupo de Avaliação: .....	32
9.2 Anexo II – Composição do Grupo de Trabalho:.....	33
9.3 Anexo III – Formulário.....	35
9.4 Anexo IV – Retrato estatístico dos relatórios de autoavaliação:.....	48
9.5 Anexo V – Deficiências Tipo dos Centros de Nascimento:.....	62
9.6 Anexo VI – Resenha dos Comentários enviados à ERS: .....	65

## Sumário Executivo

A apreciação dos cuidados prestados por uma determinada instituição deverá ser calculada pela forma como a esta evolui entre diferentes ciclos de avaliação, o que deve ser valorizado acima das classificações absolutas.

De uma forma geral podemos, face à informação recolhida, concluir que os cuidados de assistência ao parto nas instituições não públicas portuguesas são de qualidade satisfatória, havendo mesmo algumas que ultrapassam todos os standards exigíveis. Em 13 instituições que, no seu conjunto, são responsáveis por 84,1% dos partos, confirmou-se a boa qualidade global dos cuidados prestados.

A inexistência de profissionais especializados em alguns dos centros avaliados terá provavelmente relação com o facto de se tratar de instituições não vocacionadas para a realização de partos, como se depreenderá da análise da casuística, o que coloca sérias interrogações sobre os mecanismos de identificação e gestão de risco.

A existência de profissionais devidamente habilitados é um aspecto extremamente importante a considerar na avaliação dos centros de nascimento, pelo que uma recomendação no sentido de serem implementados manuais de funcionamento e de haver certificação profissional faz todo o sentido.

A adopção de um processo normalizado – com referência a todos os aspectos que devem ser objecto de registo – torna-se urgente, de forma a ser avaliada a qualidade dos cuidados prestados e assegurado que a circulação da mãe/bebé se faz com toda a informação relevante para uma assistência de qualidade, em caso de transferência ou mudança de prestador.

Deve-se recomendar a criação de salas de parto dedicadas em todas as instituições, já que em alguns dos centros de nascimento avaliados os partos são realizados no bloco operatório.

A reorganização da rede, com eventual fusão entre centros de nascimento de forma a que possam nascer centros com casuísticas apropriadas, permitirá maior exigência na formação dos recursos humanos que prestarão serviços nessas unidades, o que se traduzirá, necessariamente, num aumento da qualidade e da segurança.

## 1. Avaliação dos Centros de Nascimento Não Públicos em Portugal

As prestações de cuidados de saúde devem pautar-se por normas objectivas e claras, cujo cumprimento sirva de garante à sua qualidade.

Considerando que a garantia da qualidade pressupõe a sua avaliação, ou, dito de outro modo, a sua mensuração, sempre com o objectivo de atingir uma melhoria, e atendendo a que a garantia da qualidade das prestações de cuidados de saúde constitui uma das atribuições da ERS, deliberou o Conselho Directivo desta entidade reflectir sobre a problemática do nascer em Portugal, nos estabelecimentos de saúde não públicos.

De facto, através do Despacho nº 01/06\_CD/ERS, determinou o CD da ERS a constituição de uma Unidade de Projecto, a quem passaria a caber, como primeiro e genérico objectivo a cumprir, dotar a ERS de toda a informação necessária, susceptível de lhe permitir uma tomada de posição segura sobre esta problemática.

No âmbito da Unidade de Projecto, foi constituído um Grupo de Trabalho (ver Anexo II), que elaborou um “Estudo Técnico de Caracterização dos Prestadores Não Públicos de Cuidados de Saúde com Centros de Nascimento”, cujo objectivo era efectuar a análise da problemática das maternidades e serviços de obstetrícia e neonatologia, existentes em estabelecimentos não públicos, com vista à elaboração de um relatório descritor do status quo, onde se traçasse o retrato mais aproximado possível da situação real.<sup>1</sup> A partir dos elementos constantes do estudo técnico

---

<sup>1</sup> A avaliação efectuada não esgota o leque de modelos de avaliação possíveis. Por exemplo, dado que constituem atribuições da ERS a regulação e a supervisão da actividade das entidades prestadoras de cuidados de saúde, incumbindo-lhe cuidar do cumprimento das obrigações legais e contratuais dos regulados no que respeita ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e, genericamente, aos direitos dos utentes, cabendo à ERS assegurar o direito de acesso universal e equitativo, é também uma atribuição desta entidade a avaliação dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como o acompanhamento do cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços.

Sendo entendimento da ERS que os seus objectivos são passíveis de ser alcançados através da criação de um sistema de avaliação da qualidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde, pretende implementar um sistema de criação/implementação de avaliação da qualidade dos prestadores de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde, um sistema de ratings português. Este sistema proporcionará ao público um conhecimento simplificado, transparente e objectivo, através do estabelecimento de ratings, sobre a qualidade dos serviços que poderá obter dos diversos prestadores. Aquele sistema

elaborou-se o presente documento, que inclui a informação que a ERS considerou ser susceptível de divulgação pública, bem como as conclusões finais do estudo e as recomendações que o Conselho Directivo da ERS entendeu emitir sobre este tema.

Visando levar a cabo um processo de avaliação dos centros de nascimento não públicos em Portugal, não pode esta Entidade deixar de, no Relatório revelador dessa avaliação, contemplar o enquadramento jurídico a que estão sujeitos estes prestadores de cuidados de saúde.

Desde logo há que referir que, atendendo à sua natureza jurídica, estes regulados da ERS se encontram sujeitos ao regime previsto no Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, que regula o licenciamento e a fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas de saúde com internamento ou sala de recobro.

No n.º 2 do artigo 7.º deste diploma estabeleceu o legislador que os requisitos a observar por estas unidades, quanto a instalações, organização e funcionamento, sejam fixados por decreto regulamentar, o que veio de facto a acontecer no Decreto Regulamentar n.º 63/94 de 2 de Novembro.

Especificamente no artigo 17.º prevê-se, relativamente às unidades privadas de prestação de cuidados de saúde, que devem dispor de uma unidade de obstetrícia e neonatologia, devendo estas ser dotadas de instalações e equipamento mínimos, de acordo com o descrito no mesmo decreto.

Também o princípio geral de que o parto possa ser acompanhado pelo pai da criança está consagrado no mesmo diploma, exceptuando-se as situações em que a mãe expressamente manifeste vontade contrária, quando se trate de uma situação clínica grave ou ainda quando exista qualquer outro motivo que determine este acompanhamento como desaconselhável.

---

de avaliação deverá utilizar indicadores standardizados, incluindo a satisfação dos utentes e agregando a informação por aqueles fornecida, numa classificação simples e de fácil percepção pelo público, potencial utilizador.

Com este objectivo, constituiu a ERS uma elencagem de indicadores, pretendendo testar, numa experiência piloto, precisamente a avaliação dos prestadores com centros de nascimento.

Estabeleceu o legislador quais devem ser os requisitos mínimos a que devem obedecer quer as instalações, quer os equipamentos, nas áreas ou unidades de internamento destes prestadores.

Assim, e nos termos do disposto no Anexo I do Decreto Regulamentar n.º 63/94 de 2 de Novembro, é exigível que as instalações comportem, por área ou unidade de internamento de doentes, uma sala de estar/visitas, com instalação sanitária, localizada de modo a não incomodar os doentes, com acesso que não devasse os locais de circulação daqueles bem como do pessoal; uma sala de trabalho de enfermagem, com a área de 12m<sup>2</sup>; outra para observação e tratamentos, com a área de 16m<sup>2</sup> e largura de 3,5m<sup>2</sup>; instalações sanitárias para doentes, adaptadas à utilização por deficientes e permitindo o banho assistido; instalações sanitárias para pessoal.

Sempre que não forem centralizados, devem ser considerados vestiários de pessoal com instalações sanitárias próprias.

Importante é também a existência de sala de sujos e despejos, equipada com pia hospitalar, lavatório de parede e sistema de lavagem, desinfecção, esterilização e aquecimento de arrastadeiras, ou processo de eliminação das mesmas, quando descartáveis.

A copa deve ter uma área de 8m<sup>2</sup> por cada conjunto de 25 camas e o refeitório 4m<sup>2</sup> por 25 camas, dispensável quando só existam quartos individuais.

Os quartos de internamento de doentes com uma ou mais camas, sendo obrigatória a existência de 2 quartos individuais por cada 25 camas, estão sujeitos às seguintes exigências:

- Os quartos de uma, duas, três e quatro camas, devem ter como áreas úteis mínimas, respectivamente, 14m<sup>2</sup>, 18m<sup>2</sup>, 24m<sup>2</sup> e 30m<sup>2</sup>, com a largura de 3,50m.

---

<sup>2</sup> Dispensável quando na unidade só existam quartos individuais.

- É obrigatório que tenham arejamento e iluminação naturais e exposição directa ao sol, em condições satisfatórias, não sem permitir o seu completo obscurecimento através de comando interno.

No que toca aos equipamentos, as exigências repartem-se entre os equipamentos técnicos e gerais e os equipamentos médicos.

Relativamente aos primeiros, importa referir que os quartos e instalações sanitárias devem dispor de sistemas de chamada, respectivamente um por cama, ligados ao sistema obrigatório que permita a chamada de pessoal de enfermagem pelos doentes.

Os quartos com mais do que uma cama devem dispor de sistema de cortinas entre elas, de modo a que possa ser preservada a privacidade dos doentes.

Cada quarto deve dispor, pelo menos, de uma tomada de corrente eléctrica por cama, estando pelo menos uma ligada ao gerador de emergência.

As camas devem dispor de uma fonte de luz à sua cabeceira e equipamento geral de apoio.

No que toca aos equipamentos médicos, é obrigatório o electrocardiógrafo, afecto às diferentes áreas ou unidades de internamento, e cada área ou unidade de internamento deve ter imediato acesso a um carro de emergência apetrechado com desfibrilhador, oxigénio respirável e equipamento de ventilação manual.

Exige ainda o legislador a existência de aparelho de Raios-X portátil afecto às diferentes áreas funcionais.

Também se impõe que, sempre que a unidade privada de saúde prestar cuidados de saúde intensivos, disponha de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), constituída por instalações e equipamento mínimos, descritos no mesmo diploma, para qualquer unidade de saúde privada.

Assim, a UCI tem que possuir uma zona de entrada com vestiários de pessoal, sempre que estes não existam centralizados, aduana com zona de mudança de

latas e lavatórios e sala aberta com a área de 20m<sup>2</sup> para uma cama. Quando se trate de uma UCI com mais do que uma cama, é necessário um acréscimo à sua área de 15m<sup>2</sup> por cama.

Tem igualmente que existir uma zona de controlo e trabalho de enfermagem, com 15m<sup>2</sup>, não sendo de esquecer as instalações sanitárias para pessoal.

Obrigatória é ainda uma sala de sujios e despejos, com pia hospitalar, lavatório de parede e sistema para lavagem, desinfecção e esterilização de arrastadeiras, ou processo de eliminação das mesmas, quando descartáveis.

As UCIs obedecem a exigências específicas quanto aos equipamentos, quer técnicos e gerais, quer médicos.

Deste modo, e no que respeita aos primeiros, são obrigatórias camas de características técnicas adequadas, dotadas, nas respectivas cabeceiras, de sistemas de saída para sistema de chamada, visual e sonoro (um por cama), sistema de cortinas, que preserve a privacidade dos doentes, e tomadas de corrente eléctrica (seis por cada cama).

Devem igualmente ser acauteladas as exigências previstas no diploma em análise em matéria de fornecimento de energia e segurança para qualquer unidade privada de saúde.

Urge ainda ser considerado o equipamento geral de apoio.

Relativamente ao equipamento médico, é obrigatório equipamento de monitorização por cama constituído por um aparelho de determinação de pressão arterial, preferencialmente de leitura automática, um de leitura de ECG e de frequência cardíaca, com alarmes, um oxímetro capilar (pulsoxímetro) por cada três camas, duas bombas de perfusão por cama, um electrocardiógrafo e um ventilador pulmonar volumétrico, e respectivos alarmes, por cada três camas.

Sempre que existirem internamentos pediátricos frequentes, deve existir um ventilador pediátrico ou acessórios de adaptação do ventilador pulmonar, um aparelho de gasimetria e carro de emergência apetrechado com desfibrilhador,

equipamento de ventilação manual e aparelho de raios X portátil, todos afectos às diferentes áreas funcionais.

Tendo por contexto este preceituado legal, o processo de avaliação dos centros de nascimento não públicos em Portugal teve por objectivo contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada por altura do nascimento. Pretendeu-se estabelecer as bases factuais para o desenvolvimento de medidas que possibilitem, por um lado, um conhecimento rigoroso, actualizado e permanente da situação e, por outro, a identificação dos constrangimentos existentes, de forma a propor a adopção de estratégias promotoras da melhoria constante dos cuidados prestados.

## 2. Metodologia

Este processo, implementado em Portugal pela primeira vez, mas que se idealiza como devendo ser repetido com frequência, iniciou-se pela elaboração de um formulário de auto-avaliação a enviar aos prestadores e cujo preenchimento era da sua responsabilidade. O objectivo deste formulário foi não só o de ficar a conhecer as condições associadas aos centros de nascimento não públicos em Portugal, como o de tornar patente a reflexão que essas unidades fazem sobre a qualidade da sua assistência e do ambiente em que ela se processa.

A visita de um Grupo de Avaliação<sup>3</sup> (*site visit*), obrigatoriamente constituído por elementos estranhos à instituição a visitar, permitiu precisar as informações constantes do formulário, recolher informações complementares e validar os dados recolhidos para efeito de processamento ulterior.

Com base na informação enviada, recolhida ou confirmada na visita, e em eventuais dados complementares solicitados às várias entidades, foram detectadas algumas não-conformidades tipo, as quais foram sujeitas a classificação.

Após análise, tratamento estatístico e reflexão sobre os dados assim obtidos, foram elaborados os relatórios finais por instituição.

A apreciação dos cuidados prestados por uma determinada instituição deverá ser calculada pela forma como esta evolui entre diferentes ciclos de avaliação, o que deve ser valorizado acima das classificações absolutas.

Por isso, todo este processo de caracterização dos centros de nascimento foi levado a cabo com reserva de confidencialidade quanto a todos os dados relevantes. Assim, utilizou o grupo de trabalho uma metodologia segundo a qual, para não identificar os prestadores, atribuiu um número de código a cada um deles.

---

<sup>3</sup> Cf. Anexo I.

O relatório preliminar desta caracterização foi enviado, na íntegra, por correio electrónico, individual e respectivamente, no dia 4 de Abril passado:

- Ao Gabinete do Ministro da Saúde;
- Ao Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos;
- À APHP (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada);
- A cada um dos prestadores envolvidos neste estudo.

Até ao dia 15 de Junho, deram entrada na Entidade Reguladora da Saúde comentários provenientes de:

- Gabinete do Ministro da Saúde;
- APHP;
- Prestadores identificados com os n.º 4, 5, 9, 11, 12, 16, 17, 24.

Visando proceder ao retrato mais fiel possível da realidade, apresentamos, no Anexo VI, uma resenha dos comentários que nos foram enviados, mantendo os códigos identificadores dos prestadores, para acautelar a confidencialidade das informações.

Ulteriormente, procederá a ERS a nova caracterização/avaliação destes centros de nascimento, o que corresponderá a um novo ciclo, para apreciar a evolução dos mesmos em termos de melhoria de qualidade, podendo estes resultados não ficar sob reserva de confidencialidade.

### 3. Desenvolvimento do Processo de Avaliação

Como primeiro passo na elaboração dos *standards* a que deviam obedecer os Centros de Nascimento, a ERS seleccionou um grupo multidisciplinar, cuja composição se encontra em anexo<sup>4</sup>, incluindo os diferentes tipos de profissionais envolvidos na prestação de cuidados perinatais, que foi auscultado no sentido de identificar os parâmetros a ser avaliados. Coordenada por um consultor externo à ERS, com experiência internacional na área da acreditação e avaliação de unidades de saúde, a equipa reuniu-se em plenário pela primeira vez a 30 de Junho de 2006. As propostas de trabalho foram posteriormente desenvolvidas, tendo este *steering group* contribuído para a elaboração do formulário padrão<sup>5</sup> que serviria de base à realização dos relatórios de auto-avaliação das diferentes instituições.

Aos elementos do grupo foi pedido que, organizados por área de especialização médica, identificassem os diferentes parâmetros a ser avaliados, de forma a ficar a ERS na posse de elementos que lhe permitissem caracterizar a situação nacional no que diz respeito ao assunto em estudo.

Com base em directrizes internacionalmente reconhecidas, nomeadamente “*APHA Guidelines for Licensing and Regulating Birth Centers*” e “*Draft Clinical Standards – Maternity Services*”, e a partir das contribuições dos elementos do grupo, foi elaborado um conjunto de *guidelines* contendo os parâmetros a ser avaliados que, no entender do grupo consultivo, correspondiam aos parâmetros mínimos a observar por qualquer entidade pública ou privada, de forma a garantir a segurança da mãe e da criança. Estas *guidelines* foram revistas e ajustadas à legislação existente aplicável, tendo-se chegado ao formulário padrão a ser enviado a todas as instituições privadas, identificadas previamente como fazendo partos em Portugal.

O processo de consulta ao grupo de trabalho foi desenhado de modo a obter o mais amplo consenso dos diversos intervenientes relativamente aos aspectos importantes a ser objecto de avaliação.

Paralelamente ao processo de desenvolvimento do formulário padrão, foi feito o levantamento das instituições de carácter assistencial, de natureza privada e social,

---

<sup>4</sup> Cf. Anexo II.

<sup>5</sup> Cf. Anexo III.

onde ocorrem partos em Portugal, bem como dos respectivos directores clínicos ou, na sua ausência, responsáveis pela gestão clínica.

Neste processo foram identificados 25 prestadores, que estão catalogados no quadro que se segue. Ressalve-se que foram contactados outros quatro prestadores, mas três deles, quando lhes foi remetido o formulário para preenchimento, responderam não desenvolver este tipo de actividade e outro esperou pelo momento em que o Grupo de Trabalho em apreço o contactou para agendar a visita programada para comunicar que não possuía bloco de partos.<sup>6</sup>

É de notar que os dados recolhidos se reportam a 2005, tendo sido validados através de *site visits*, que tiveram lugar no final de 2006.

Importa ainda referir que uma das instituições, porque teve o seu início de actividade em Abril de 2006, só pôde ser analisada com base em informação referente a elementos posteriores a essa data.

---

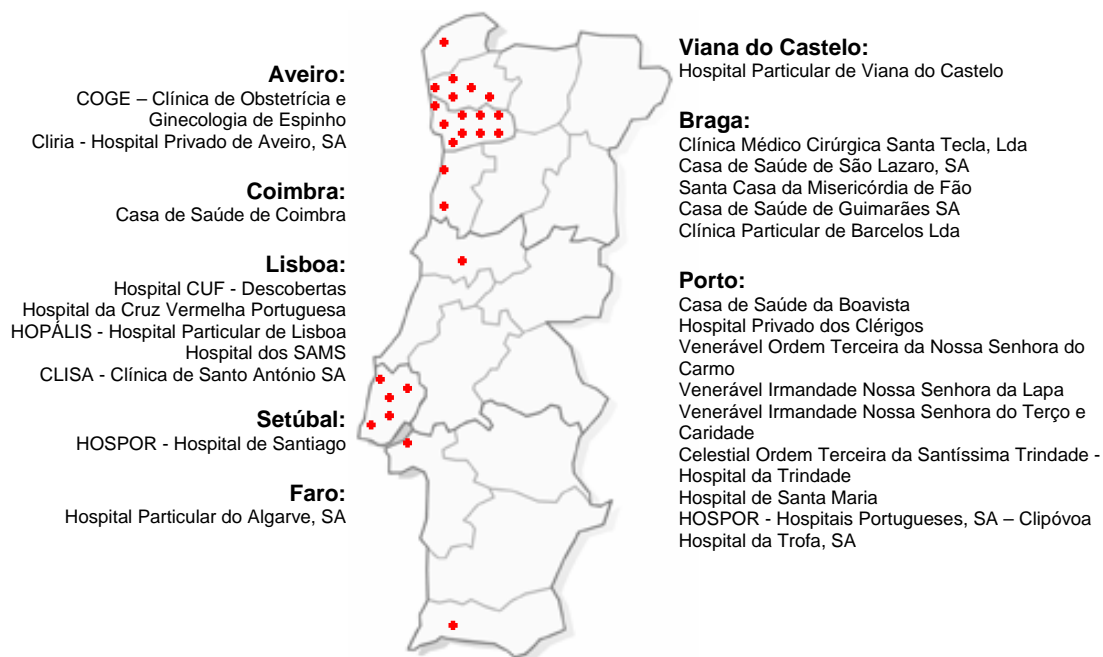
<sup>6</sup> A Casa de Saúde de Amares; a Clínica Central de Oiã; a Surgimed – Centro Médico-Cirúrgico de Santarém e a Ass. Socorros Mútuos dos Empregados do Comércio e Indústria, de Lisboa, constituem os 4 prestadores que, apesar de referenciados, no momento do contacto directo pela ERS informaram não possuir um centro de nascimento.

## Centros de Nascimento Identificados

Nome	Localidade
Hospital Particular de Viana do Castelo	Viana do Castelo
Clínica Médico Cirúrgica Santa Tecla, Lda	Braga
Casa de Saúde de São Lazaro, SA	Braga
Casa de Saúde de Guimarães, SA	Guimarães
Clínica Particular de Barcelos, Lda	Barcelos
Santa Casa da Misericórdia de Fão	Esposende - Fão
Hospital da Trofa, SA	Trofa
HOSPOR - Hospitais Portugueses, SA (Clipóvoa)	Póvoa de Varzim
Casa de Saúde da Boavista	Porto
Hospital Privado dos Clérigos	Porto
Venerável Ordem Terceira da Nossa Senhora do Carmo	Porto
Venerável Irmandade Nossa Senhora da Lapa	Porto
Venerável Irmandade Nossa Senhora do Terço e Caridade	Porto
Celestial Ordem Terceira da Santíssima Trindade (Hospital da Trindade)	Porto
Hospital de Santa Maria	Porto
COGE - Clínica de Obstetrícia e Ginecologia de Espinho	Espinho
Cliria - Hospital Privado de Aveiro, SA	Aveiro
Casa de Saúde de Coimbra	Coimbra
Hospital CUF – Descobertas	Lisboa
Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa	Lisboa
CLISA - Clínica de Santo António, SA *	Lisboa - Amadora
HOPÁLIS - Hospital Particular de Lisboa	Lisboa
Hospital dos SAMS	Lisboa
HOSPOR - Hospital de Santiago	Setúbal
Hospital Particular do Algarve, SA	Portimão

\* Este prestador só iniciou a sua actividade em Abril de 2006

## Distribuição Territorial dos Centros de Nascimento Avaliados



## 4. O Processo de Avaliação

Uma vez concluída a elaboração do formulário padrão (Anexo III) e identificadas as unidades a avaliar, foram os formulários enviados aos prestadores, tendo sido estabelecido como prazo limite para a sua devolução o período de 45 dias.

Os elementos entretanto recolhidos foram de seguida observados sob duas perspectivas. Numa primeira abordagem procedeu-se à análise estatística, tendo em vista construir uma ideia do panorama nacional sobre a matéria<sup>7</sup>. Os dados recolhidos são apresentados no ponto 7 e serão objecto de comentário adiante.

Numa perspectiva individual, os dados foram analisados caso a caso, no sentido de identificar as questões a clarificar e as informações complementares a solicitar durante a visita às instituições, de forma a construir o relatório final individual.

Concluída a fase inicial do processo, procedeu-se à visita às instituições com o intuito de validar os formulários. O Grupo de Avaliação que visitou as instituições foi constituído por um grupo de três pessoas, escolhidas de entre uma *pool* composta por especialistas nesta área<sup>8</sup>.

A equipa que efectuou a visita às instituições alvo de avaliação incluiu sempre dois ou três elementos afectos à ERS, com experiência prévia no desenvolvimento da lista de *standards* a avaliar, experiência decorrente da sua participação no processo desde o início. Um dos elementos da equipa visitante era um profissional médico, estando assegurada a ausência de conflitos de interesse entre este e a instituição a ser avaliada.

As visitas decorreram de forma participada. O Grupo de Avaliação apresentou de modo franco as dúvidas que tinha respeitantes a alguma da informação a recolher e, de uma forma geral, foi elucidado satisfatoriamente, o que facilitou o avançar para a fase seguinte do processo e permitiu elaborar os relatórios finais.

Nestes relatórios procurou-se a harmonização dos resultados da pesquisa e a análise crítica de diversos campos de apreciação. Não se pretendeu aferir a

---

<sup>7</sup> Cf. Anexo IV.

<sup>8</sup> Cf. Anexo I.

observância exaustiva de todos os requisitos legais, mas antes verificar o cumprimento das exigências técnicas consideradas pelo grupo de especialistas como indispensáveis para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança, a saber:

- a) Organização institucional;
- b) Recursos humanos;
- c) Processo clínico;
- d) Equipamentos;
- e) Instalações;
- f) Procedimentos de segurança e de emergência;
- g) Casuística.

#### **4.1 Organização institucional**

Os centros de nascimento devem possuir uma equipa dirigente responsável pelo funcionamento e manutenção dos mesmos, incluindo nas suas competências a selecção e contratação de pessoal, manutenção das instalações e do equipamento e gestão de stocks. O director clínico, enquanto figura responsável pela implementação das regras adoptadas, deve estar claramente identificado. O centro de nascimentos deve manter um plano de organização escrito, identificar o corpo clínico e assegurar as suas competências, bem como documentar todos os aspectos acima referidos.

#### **4.2 Recursos humanos**

A cadeia hierárquica clínica deve estar perfeitamente delineada bem, como a organização dos funcionários. Todos os prestadores de serviços deverão estar devidamente habilitados com os graus exigíveis legalmente. A direcção do centro de nascimentos deve assegurar o número adequado de funcionários qualificados e,

quando requerido, pessoal com habilitação especial, para prestar os serviços necessários às mães e famílias, assegurando a manutenção da segurança do centro.

### **4.3 Processo clínico**

Todos os cuidados prestados à mãe e à criança devem estar documentados e ser tratados de uma forma unificada, ficando registados num processo clínico no qual todos os profissionais registem os seus achados e intervenções. Este documento unificado deve conter um registo completo dos cuidados prestados à grávida durante toda a gravidez, nascimento e período pós natal. Idealmente, a mãe deve ser responsável pela sua posse e disponibilização.

### **4.4 Equipamentos**

Os centros de nascimento deverão estar equipados com as condições necessárias para disponibilizar cuidados materno-infantis aquando de uma gravidez de baixo risco, bem como estar preparados para iniciar procedimentos de emergência em situações de risco para a mãe ou bebé. No que respeita a equipamentos, deverão estar prontamente disponíveis: um aparelho de CTG por sala de parto, equipamento de ressuscitação cardiopulmonar em todas as salas de parto, oxigénio, máscara de pressão positiva, aspiração, equipamento para administração de fluidos intravenosos, equipamento para manter a temperatura do bebé, bem como a sua ventilação, nomeadamente ventilação pulmonar de curta duração, fontes de luz apropriadas, expansores de sangue e medicamentos ou materiais identificados em protocolos redigidos pelos profissionais. Deverá existir equipamento para serem efectuadas ecografias, testes laboratoriais de rotina e para esterilizar instrumentos ou outro material.

Deve estar prevista a possibilidade de parto instrumentado com ventosa ou fórceps.

#### **4.5 Instalações**

Os centros de nascimento, que podem ser locais dedicados exclusivamente à realização de partos ou fazer parte de clínicas de maiores dimensões, deverão incluir salas de parto com uma cama por sala, salas de reanimação de recém nascidos, UCI (de acordo com o decreto regulamentar n.º 63/94, de 2 de Novembro), casas de banho para funcionários, para mães e para familiares, áreas para tomar banho, locais de armazenamento, gabinetes de examinação, lavandaria, áreas esterilizadas, áreas para os laboratórios e equipamentos de emergência, cozinha, recepção e áreas para as famílias.

Na eventualidade de cuidados pré-natais ou outros cuidados médicos serem prestados no mesmo local, os respectivos consultórios e/ou salas de exame devem estar separados das instalações de trabalho de parto. Lavatórios para higienização deverão estar disponíveis em todos os locais de examinação e salas de parto.

#### **4.6 Procedimentos de segurança e de emergência**

O risco não é fácil de avaliar em cuidados perinatais. Apesar disso, os profissionais de saúde devem tomar todas as medidas para identificar o risco, com o objectivo de minimizar os potenciais danos e complicações. A avaliação do risco e o seu manuseamento devem por isso ser aspectos fundamentais de qualquer instituição que realize partos. A existência de acordos com hospitais de retaguarda deve estar assegurada e protocolada e deve haver um protocolo com transportadores de doentes que assegure uma evacuação, em tempo útil e em segurança, da mãe e/ou bebé, sempre que os centros de nascimento não sejam suficientemente autónomos nesta matéria, não dispondo de capacidade para prestar todos os cuidados, em caso de complicações.

#### **4.7 Casuística**

Na análise de uma instituição prestadora de cuidados de saúde, a casuística é sempre um tema controverso. Podemos no entanto estabelecer como bases mínimas de entendimento a necessidade da existência de um *case mix* apropriado e de um número mínimo de actos médicos como condições fundamentais para garantir uma prestação eficiente de cuidados e uma correcta gestão de risco, pois só profissionais treinados e em contacto permanente com as diferentes situações podem assegurar cuidados de qualidade.

## 5. Pressupostos para Avaliação

Como resultado da reflexão crítica sobre os campos em apreciação, foram detectadas e, conseqüentemente, classificadas algumas não conformidades<sup>9</sup>.

Para efeito de atribuição de uma avaliação foram consideradas:

- 1) Deficiências graves de natureza estrutural e com reduzidas perspectivas de recuperação:
  - a) A inexistência de acesso a laboratório de análises clínicas;
  - b) A localização de um Hospital de apoio diferenciado neonatal a mais de 30 minutos de distância;
  - c) A realização de partos com uma frequência inferior a um por semana.
  
- 2) Deficiências graves que implicam intervenção institucional de nível elevado:
  - a) A inexistência de protocolo para iniciar procedimento de emergência em situação de risco;
  - b) A inexistência de salas de reanimação com características apropriadas;
  - c) A inexistência de protocolos de transporte e de transferência para hospitais de apoio diferenciado neonatal ou apoio diferenciado polivalente;
  - d) A inexistência de apoio por pessoal especializado 24 horas por dia.

---

<sup>9</sup> Cf. Anexo V.

3. Deficiências estruturantes resolúveis ao nível da direcção clínica do centro:
- a) A não existência de Manuais de Organização e Funcionamento do Centro de Nascimento;
  - b) A não existência de Normas de Limpeza e Esterilização das salas de parto, bloco cirúrgico e materiais.

## 6. Conclusões gerais

O levantamento efectuado à localização dos centros de nascimento em Portugal permitiu constatar uma assinalável assimetria na distribuição dos mesmos no território. A grande maioria dos centros de nascimento localiza-se no norte do País, se bem que os de grande dimensão fiquem na região de Lisboa, onde foram identificados apenas quatro centros. As três maiores unidades a nível nacional em termos de partos efectuados são responsáveis por 51,2% dos partos realizados no sector não público.

Esta assimetria deve ser considerada tendo em vista a criação de um conjunto de mecanismos que possibilitem e tornem obrigatória a acreditação das instituições que prestam serviços na área dos cuidados perinatais.

O formulário elaborado neste trabalho poderá servir de base à criação desse sistema de acreditação que, idealmente, deverá ser tutelado por uma entidade independente com experiência neste tipo de procedimentos.

Durante as visitas efectuadas às instituições constatou-se que, em algumas delas, havia já decorrido um processo de acreditação externa. No total, uma percentagem muito significativa dos partos realizados em instituições privadas foram-no em instituições acreditadas, o que dá garantias de qualidade e do cumprimento de *standards* mínimos de qualidade assistencial.

Foram validados para avaliação 25 formulários. Porém, apenas 24 destes serviram para proceder à qualificação dos respectivos centros de nascimento, bem como para a apreciação da sua casuística pois um daqueles formulários não contém a casuística de 2005.

Os resultados respeitantes a cada uma das instituições avaliadas encontram-se sob a forma de relatórios finais.

A existência de problemas graves não passíveis de resolução em tempo útil foi constatada em 2 instituições tendo nestas sido tomadas medidas especiais para confirmar a informação que levou à conclusão da existência destes problemas.

Os principais problemas gerais detectados neste processo de avaliação prendem-se com a ausência de manuais de procedimentos, de uma cadeia hierárquica clara e de protocolos de actuação em caso de emergência.

De uma forma geral podemos, face à informação recolhida, concluir que os cuidados de assistência ao parto nas instituições não públicas portuguesas são de qualidade satisfatória, havendo mesmo algumas que ultrapassam todos os standards exigíveis.

Em 13 instituições que, no seu conjunto, são responsáveis por 84,1% dos partos, confirmou-se a boa qualidade global dos cuidados prestados.

## **7. Conclusões específicas**

No que se refere à avaliação dos prestadores de acordo com as exigências técnicas consideradas indispensáveis para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança, obtiveram-se os seguintes resultados:

### ***7.1 Organização institucional***

16 centros não possuem qualquer tipo de manuais de organização e funcionamento, o que faz supor um mecanismo de gestão a aperfeiçoar. A existência de profissionais devidamente habilitados é um aspecto extremamente importante a considerar na avaliação dos centros de nascimento.

### ***7.2 Recursos humanos***

12 dos centros avaliados não dispunham de assistência permanente por parte de profissionais devidamente habilitados ao longo das 24 horas. Este aspecto, de suprema importância, constituiu uma das surpresas negativas deste trabalho.

A inexistência de profissionais especializados em alguns dos centros avaliados terá provavelmente relação com o facto de se tratar de instituições não vocacionadas para a realização de partos, como se depreenderá da análise da casuística, o que coloca sérias interrogações sobre os mecanismos de identificação e gestão de risco, como adiante se verá.

### ***7.3 Processo clínico***

O estudo realizado documentou a existência de processo clínico em todas as unidades apreciadas. O processo não obedece, contudo, a uma normalização, o que dificulta a circulação de informação. A existência de partograma foi documentada em apenas 19 dos centros e em 14 não havia registo informático de carta de alta.

## **7.4 Equipamentos**

A este nível não foram detectadas deficiências graves, havendo apenas a referir uma por vezes deficiente articulação entre a sala de parto e o espaço utilizado para reanimação do recém-nascido, o que terá solução fácil na grande maioria dos casos em que foi detectada essa deficiência.

## **7.5 Instalações**

No respeitante a instalações e equipamentos, de uma forma geral, eles obedecem ao mínimo exigível, sendo a principal deficiência encontrada a inexistência de sala de reanimação de recém nascidos em 10 instituições.

## **7.6 Procedimentos de segurança e de emergência**

6 centros de nascimento não celebraram protocolos de procedimento em caso de emergência, o que, conjugado com o facto de 18 centros não possuírem UCI e apenas 3 terem protocolos com hospitais, levanta sérias e fundadas preocupações sobre a forma como se lida com o risco associado ao parto.

O transporte de doentes em caso de emergência é um outro aspecto que tem sido descurado, já que em 15 centros não existem protocolos com empresas transportadoras de doentes, não estando fixados os critérios a que deve obedecer a transferência em 12 deles.

## **7.7 Casuística**

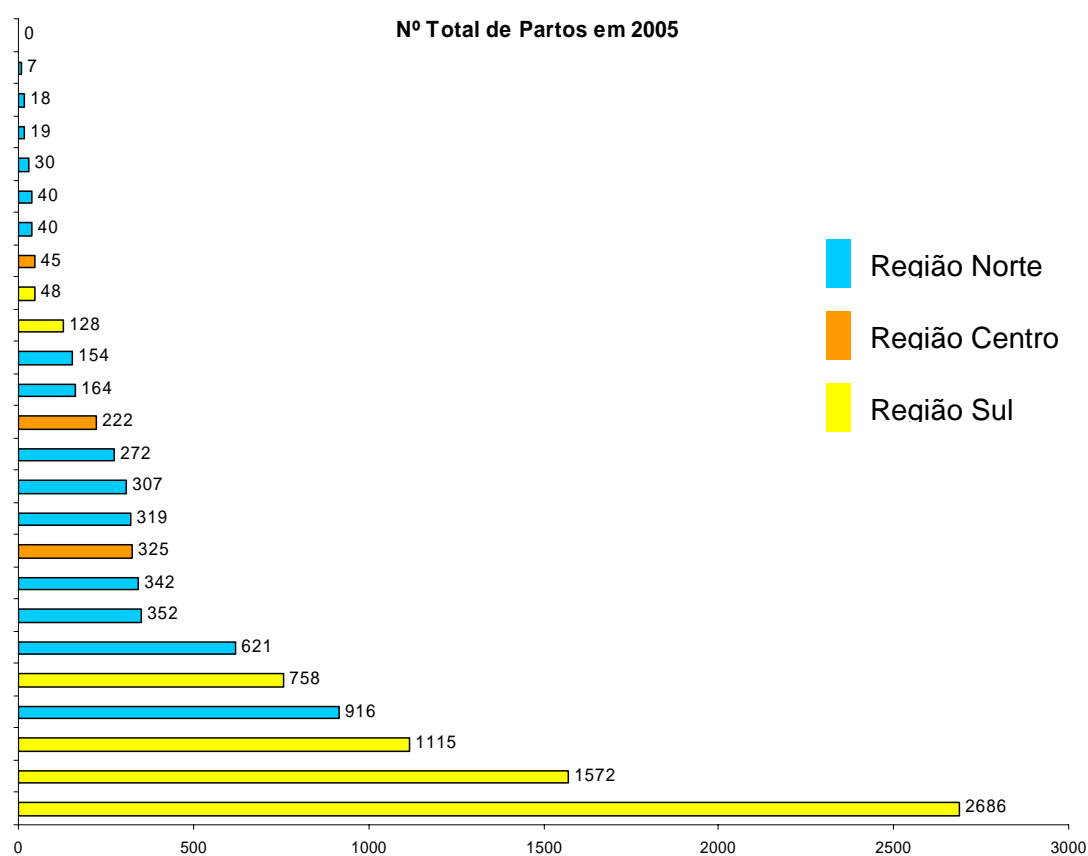
Foram identificados 8 centros não públicos onde se fazem partos com uma casuística inferior a um parto por semana, sendo que em três deles a casuística é inferior a dois por mês.

De entre os 24 centros não públicos a fazer partos em Portugal apenas seis fazem mais de um parto por dia. Contrariamente ao que seria de esperar, os centros com baixa casuística não estão localizados no interior do País mas sim no litoral e muito próximos uns dos outros, situando-se sobretudo na região Norte, onde se assiste a uma pulverização das unidades prestadoras, sem que nenhuma alcance números significativos em termos absolutos e, conseqüentemente, em termos de *case mix*.

Partos no Ano 2005 N.º Total	Cesarianas	
	N.º Total	%
2686	1402	52,20%
1572	1067	67,88%
1115	482	43,23%
916	786	85,81%
758	537	70,84%
621	490	78,90%
352	253	71,88%
342	257	75,15%
325	272	83,69%
319	243	76,18%
307	163	53,09%
272	253	93,01%
222	189	85,14%
164	120	73,17%
154	132	85,71%
128	86	67,19%
48	24	50,00%
45	30	66,67%
40	30	75,00%
40	39	97,50%
30	27	90,00%
19	17	89,47%
18	13	72,22%
7	7	100,00%
0	0	
<b>10500</b>	<b>6919</b>	<b>65,9%</b>

A percentagem de partos que se resolvem através de cesariana merece também alguns comentários e eventualmente a realização de estudos de outro âmbito, que lancem luz sobre a sua indicação e condições em que estão a ser efectuadas. É curioso constatar que entre os locais onde se verificam menores taxas de cesarianas se incluem os três maiores centros nacionais em termos de volume de partos efectuados, que no seu conjunto são responsáveis por mais de 50% dos partos efectuados em estabelecimentos não públicos, em Portugal.

Os dados mostram, por outro lado, que os grandes centros estão associados a uma menor taxa de complicações, se avaliada esta pela percentagem de partos que evoluem para cesariana. Estamos conscientes de que outros factores que não só os de natureza médica influenciam a decisão de realizar uma cesariana, mas não podemos deixar de nos interrogar, com base nos números recolhidos, sobre as razões para uma assimetria regional tão marcada com os centros da região Norte do País a apresentarem sistematicamente percentagens de partos por cesariana muito mais elevados que os das regiões Centro e Sul.



## 8. Recomendações

Concluído este estudo sobre os centros de nascimento não públicos, cumpre à ERS, relativamente a este tipo de prestadores, nos termos da alínea a), primeira parte, do artigo 26º do Decreto-lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro, recomendar, às entidades responsáveis por centros de nascimento:

- A existência de profissionais especializados em saúde materno-infantil, em número adequado, com certificação profissional e em disponibilidade permanente. Dado que este é um aspecto fundamental para assegurar uma eficaz gestão de risco, recomenda-se que todas as unidades encetem esforços no sentido de colmatar esta falha.
- A implementação de uma cadeia hierárquica clínica e de uma organização dos funcionários, perfeitamente delineadas.
- A adopção urgente de um processo clínico normalizado – com referência a todos os aspectos que devem ser objecto de registo, de forma a ser avaliada a qualidade dos cuidados prestados e assegurado que a circulação da mãe/bebé se faz com toda a informação relevante para uma assistência de qualidade, em caso de transferência ou mudança de prestador.
- A existência de manuais de organização e funcionamento e a sua implementação para a normalização da actividade dos serviços.
- A criação de salas de parto dedicadas em todas as instituições, já que em alguns dos centros de nascimento avaliados os partos são realizados no bloco operatório.
- A adopção de medidas urgentes tendentes a colmatar falhas relacionadas com a gestão de risco, dadas as implicações potencialmente graves na saúde da mãe/bebé.
- A celebração de acordos/protocolos com hospitais de retaguarda e com empresas transportadoras de doentes.

- Que seja repensada a rede de prestadores de cuidados existente actualmente pois, sendo demasiados os centros existentes com casuísticas muito baixas, colocam-se problemas de gestão de risco importantes na perspectiva do utilizador aos quais deve dar-se resposta.
  
- Que o número de partos por instituição seja generalizadamente superior àquele que actualmente se verifica em grande parte delas, segundo parecer dos especialistas
  
- A reorganização da rede com eventual fusão entre centros de nascimento, por forma a que possam nascer centros com casuísticas apropriadas, assim se permitindo maior exigência na formação dos recursos humanos que prestarão serviços nessas unidades, o que se traduzirá, necessariamente, num aumento da qualidade e de segurança.

## 9. ANEXOS

### **9.1 Anexo I – Composição do Grupo de Avaliação:**

#### **Peritos:**

- Dr. Abílio Ferreira;
- Dr.<sup>a</sup> Débora Bastos;
- Dr.<sup>a</sup> Fátima Clemente;
- Enf.<sup>o</sup> Manuel Rocha;
- Dr.<sup>a</sup> Maria das Dores Pinheiro;
- Dr. Paulo Jorge Barbosa;
- Dr.<sup>a</sup> Rosa Zulmira;
- Dr. Serafim Guimarães.

#### **Colaboradores da ERS:**

- Dr.<sup>a</sup> Ana Morais;
- Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Cabral;
- Dr.<sup>a</sup> Inês Ladeiro;
- Dr.<sup>a</sup> Maria João Queirós.

## **9.2 Anexo II – Composição do Grupo de Trabalho:**

### **Supervisão:**

- Dr. Eurico Castro Alves, Conselho Directivo da ERS

### **Coordenação geral:**

- Prof. Doutor António de Sousa Pereira, Presidente do Conselho Directivo do ICBAS

### **Coordenação de peritos:**

- Prof. Doutor Nuno Montenegro, obstetra, Director do Serviço de Obstetrícia do Hospital de S. João

### **Coordenação executiva:**

- Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Cabral, jurista

### **Peritos:**

- Dr. Abílio Ferreira, obstetra;
- Dr.<sup>a</sup> Aida Faria, anestesista;
- Prof. Doutora Conceição d' Orey, neonatologista;
- Dr.<sup>a</sup> Débora Bastos, médica;
- Dr.<sup>a</sup> Fátima Clemente, neonatologista;
- Dr. João Monsanto, obstetra;
- Prof. Doutor João Paulo Mota, obstetra;
- Dr. José Matos Cruz, obstetra;
- Dr.<sup>a</sup> Maria das Dores Pinheiro, anestesista;

- Dr. Mário Mateus, neonatologista;
- Dr. Paulo Jorge Barbosa, médico de medicina interna;
- Dr.<sup>a</sup> Rosa Zulmira Macedo, obstetra;
- Dr. Serafim Guimarães, obstetra;
- Dr.<sup>a</sup> Teresa Rodrigues, obstetra.

**Colaboradores da ERS:**

- Dr.<sup>a</sup> Ana Moraes, jurista;
- Dr.<sup>a</sup> Inês Ladeiro, economista;
- Dr.<sup>a</sup> Maria João Queirós, jurista;
- Dr.<sup>a</sup> Marta Ferraz, licenciada em Línguas e Literaturas Modernas;
- Dr.<sup>a</sup> Susana Vaz, jurista;
- Dr.<sup>a</sup> Vanda Pinheiro, licenciada em Línguas e Literaturas Modernas.

### **9.3 Anexo III – Formulário**



# CARACTERIZAÇÃO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE COM CENTROS DE NASCIMENTO

---



## 1. – IDENTIFICAÇÃO

Unidade de  
Saúde/Localidade \_\_\_\_\_

Director Clínico  
Dr(a) \_\_\_\_\_

### 1.1 – Licenciamento

Sim	Não

### 1.2 – Responsáveis pelo Centro de Nascimento:

#### 1.2.1 – Responsável médico

Habilitações e  
diferenciação: \_\_\_\_\_

Funções: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 1.2.2 – Responsável de enfermagem

Habilitações e  
diferenciação: \_\_\_\_\_

Funções: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. – RECURSOS HUMANOS

2.1 – Dispõe, em presença física, 24H/24H, de enfermeiro especializado em Saúde Materno-infantil?

Sim	Não

2.2 – Têm recursos humanos especializados em Saúde Materno-infantil, em permanência 24H/24H, 365 dias /ano?

Sim	Não

2.2.1 – Em caso de resposta afirmativa à questão anterior, indique quantos:

	N.º
Obstetras	
<b>Obs.:</b>	
Pediatras (neonatologistas)	
<b>Obs.:</b>	
Anestesistas	
<b>Obs.:</b>	
Enfermeiros (as) especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	
<b>Obs.:</b>	
Enfermeiros (as) não diferenciadas	
<b>Obs.:</b>	
Outros	
<b>Obs.:</b>	

**2.3** – Existem critérios de acreditação dos profissionais de saúde (médicos/enfermeiros) que colaboram com a V. instituição?

Sim	Não

	Sim	Não
Exige-se reconhecimento documental pela Ordem dos Médicos/ Enfermeiros?		
Dispõe a instituição de documento comprovativo do mesmo?		
Existem outros critérios de acreditação:		
• <i>Curriculum Vitae</i> ?		
• Carta de recomendação por profissional idóneo na área?		
• Outros		
Quais:		

**2.4** – Indique o número de profissionais externos, que colaboram habitualmente com a V. instituição, utilizando regularmente o serviço:

	N.º
Obstetras	
<b>Obs.:</b>	
Pediatras (neonatologistas)	
<b>Obs.:</b>	
Anestesistas	
<b>Obs.:</b>	
Enfermeiros (as) especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	
<b>Obs.:</b>	
Enfermeiros (as) não diferenciadas	
<b>Obs.:</b>	

**2.5** – As analgesias de parto são sempre supervisionadas por anesthesiologistas?

Sim	Não

**2.6** – Está assegurada a assistência médica da criança, no período perinatal?

Sim	Não

**2.7** – Que tipo de profissional faz esta assistência? (Marque com um X uma ou mais opções)

Clínico geral	
Pediatra	
Pediatra neonatologista	
Enfermeiro (a) especializado (a) em saúde materno-infantil	
Enfermeiro (a) não diferenciada	

**2.8** – Existem protocolos para iniciar um procedimento de emergência, em situação de risco para a parturiente e/ou o feto/recém-nascido?

Sim	Não

### **3. – REGISTO DOS DADOS CLÍNICOS**

#### **3.1 – Como é efectuado o registo dos dados clínicos?**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Processo clínico <b>a)</b>		
Registo de nascimento do recém-nascido <b>a)</b>		
Partograma		
Consentimento informado para cirurgia		
Registo operatório <b>a)</b>		
Folha terapêutica <b>a)</b>		
Diário de Visita Médica		
Registo electrónico de dados: processo clínico/diagnóstico de saída e carta de alta		
Registo de mortalidade/morbilidade		

**a)** Devem ser enviados documentos comprovativos

#### **3.2 – Qualificação da parturiente admitida**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Existe um protocolo / processo de avaliação do risco das parturientes?		
A avaliação é efectuada pelo médico obstetra?		
São realizados partos em parturientes de risco?		
A parturiente tem acesso às instalações onde virá a ter lugar o parto, antes deste ocorrer?		

## 4. – EQUIPAMENTOS

4.1 – Têm instalações dedicadas especificamente aos partos, nomeadamente:

	Sim	Não
Sala de partos		
Bloco operatório		
Existem manuais de organização e funcionamento da sala de partos e do bloco de partos <b>a)</b>		

**a)** Devem ser enviados documentos comprovativos

4.2 – N.º de Salas de Partos

	N.º
N.º de <b>salas de parto</b>	

4.3 – Dimensões das Salas

	Dimensão:
Dimensões em m2 de cada sala	
Sala _____	
Sala _____	
Sala _____	
Sala _____	

4.4 – N.º de Camas por Sala de Partos

	N.º
N.º de camas por sala de partos	
Sala _____	
Sala _____	
Sala _____	
Sala _____	

4.5 – As salas de partos estão separadas dos locais onde são os consultórios e/ ou as salas de exames?

Sim	Não

**4.6 – Têm lavatórios para higienização:**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Nos locais de examinação		
Nas salas de partos		

**4.7 – Têm os seguintes equipamentos:**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N.º</b>
Um aparelho de CTG (cardiotocógrafo) por cama, na sala de partos?			
Ventosas obstétricas?			
Fórceps?			
Aparelho de pHmetria?			
Equipamento para manter a temperatura do bebé?			
Aparelho de auscultação fetal?			
Concentrador de oxigénio?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como se efectua a sua distribuição?</li> </ul>			
Aspirador de secreções?			
Ecógrafo?			
Uma bomba de perfusão por sala			
Conjunto de amnioscopia?			
Carro de ressuscitação cardio-pulmonar?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a sua acessibilidade?</li> </ul>			
Monitorização com ECG; TA's; oxímetro?			
Ventilador pulmonar de curta duração?			

**4.8 – Têm Unidades de Cuidados Especiais**, obedecendo aos requisitos impostos pelo Decreto Regulamentar n.º 63/94, de 2 de Novembro?

Sim	Não

Se sim, descreva-as:

--

**4.9 – Existem Unidades de Cuidados Intensivos** (de acordo com o Decreto Regulamentar n.º 63/94, de 2 de Novembro)?

Sim	Não

Descreva-as:

--

**4.9.1 – Em caso de resposta negativa, existe um protocolo de transferência referenciado para algum hospital com UCI?**

**a) Devem ser enviados documentos comprovativos**

Sim	Não

	Sim	Não	Quantos
Tem sala de reanimação de recém-nascidos?			
• Quais as suas dimensões?			
Tem mesa de reanimação de recém-nascidos?			
Tem sala de preparação e observação de grávidas?			
• Quais as suas dimensões?			
Esterilização de instrumentos?			
• Onde?			
Existem manuais de esterilização e limpeza de instrumentos, sala de partos e bloco operatório? <b>a)</b>			

**a)** Devem ser enviados documentos comprovativos

**4.10** – Como se faz o tratamento dos resíduos hospitalares?

**4.11** – Em caso de necessidade, a instituição dispõe de bloco operatório acessível disponível 24 horas por dia?

Sim	Não

**4.11.1** – Em caso de resposta negativa à anterior questão, existe um bloco operatório acessível, com o qual tenha sido celebrado protocolo de transferência? **a)**

Sim	Não

**a)** Devem ser enviados documentos comprovativos

**4.12** – A que distância fica este bloco, em minutos?

	Sim	Não
Têm protocolos com empresas transportadoras de doentes? <b>a)</b>		
Estão definidos os critérios a que deve obedecer a transferência de doentes? <b>a)</b>		
Têm acesso a laboratório capaz de fornecer resultados de patologia clínica durante 24 horas por dia?		
Serviço de hematologia:		
• Tipagem		
• Provas de compatibilidade		
Existe disponibilidade de papa de glóbulos rubros, plasma, plaquetas ou expansores de sangue, 24 horas por dia?		
Têm Rx convencional?		
Existe farmácia?		

**a)** Devem ser enviados documentos comprovativos

## 5. – DADOS ESTATÍSTICOS

Ano	2001	2002	2003	2004	2005
Número de partos					
% de partos suportados por entidades seguradoras ou subsistemas					

### 5.1 – Relativamente ao último ano (2005):

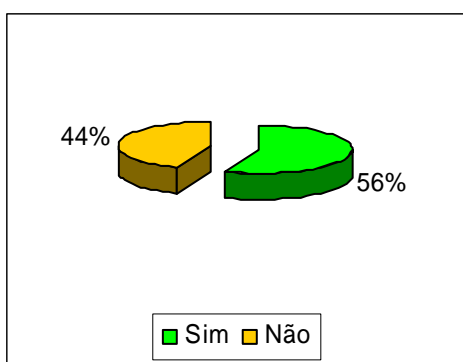
	N.º	%
Distribuição etária das mães:		
Idade inferior a 16 anos		
Idade = >16 e < 35 anos		
Idade => 35 anos		
Reprodução medicamente assistida		
Parto eutócico		
unifetal		
gemelar		
triplo		
Cesarianas após início de trabalho de parto		
Cesarianas electivas		
Partos instrumentados com ventosa/ forceps		
Partos eutócicos após cesariana anterior		
Partos induzidos programados		
Partos prematuros		
Recém-nascidos com I.Apgar < 7 5º min		
<b>Complicações:</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Mortes fetais perinatais		

Recém-nascidos transferidos para HAPD/HAP (Hospital de Apoio Pediátrico Diferenciado/ Hospital de Apoio Pediátrico)		
Grávidas/puerperas transferidas para HAPD		
Morte materna		
Pré- eclampsia/eclampsia		
Hemorragia grave pós-parto		
Sépsis / Infecção durante o internamento		
Histerectomia periparto		
Diabetes/Hipertensão Gestacional		

## 9.4 Anexo IV – Retrato estatístico dos relatórios de autoavaliação:

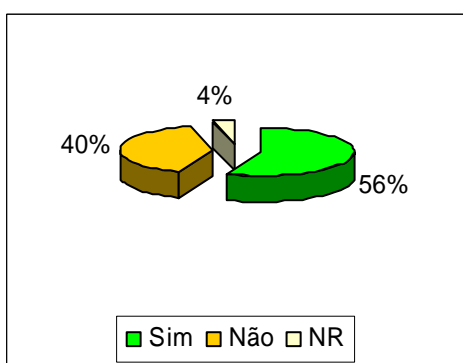
### 2 – Recursos Humanos

2.1 – Dispõe, em presença física, 24H/24H, de enfermeiro especializado em Saúde Materno-infantil?



Sim	14
Não	11

2.2 – Têm recursos humanos especializados em Saúde Materno-infantil, em permanência 24H/24H, 365 dias /ano?



Sim	14
Não	10
NR	1

2.2.1 – Em caso de resposta afirmativa à questão anterior, indique quantos:

Obstetras	Pediatras	Anestesiastas	Enf. Esp. em SMO	Enf. não dif.	Outros
2	1	1	1	6	4
23	7	1	9	7	18
0	0	0	5	0	0
1	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
5	4	6	4	14	0
0	1	1	1	2	3
5	3	3	5	2	2
2	1	1	2	18	2
9	3	4	3	11	0
1	1	1	1	3	0
0	10	9	15	21	1
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	15	0
0	0	0	0	17	0
2	2	4	3	7	0
1	4	4	9	7	1
0	0	0	0	0	0
7	1	6	4	12	0
1	1	1	1	3	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	8	0	0

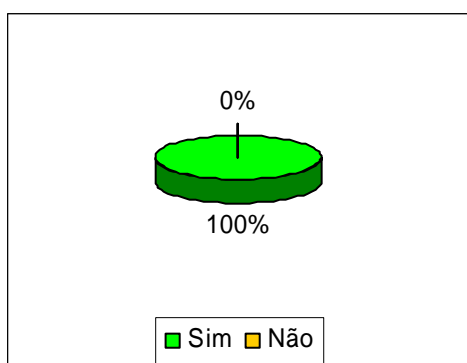
2.3 – Existem critérios de acreditação dos profissionais de saúde (médicos/enfermeiros) que colaboram com a V. instituição?

	Sim	Não	NR
Exige-se reconhecimento documental pela Ordem dos Médicos/ Enfermeiros?	25	0	0
Dispõe a instituição de documento comprovativo do mesmo?	25	0	0
Existem outros critérios de acreditação:			
• Curriculum Vitae?	20	3	
• Carta de recomendação por profissional idóneo na área?	8	11	
• Outros	6	6	

2.4 – Indique o número de profissionais externos, que colaboram habitualmente com a V. instituição, utilizando regularmente o serviço:

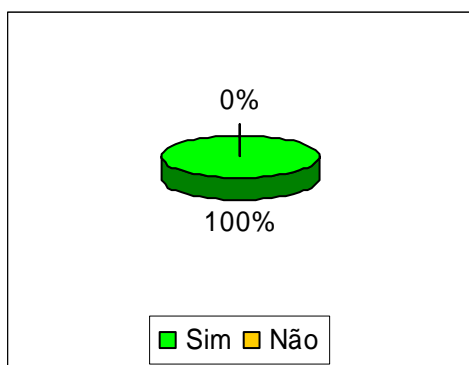
Obstetras	Pediatras	Anestesiastas	Enf. Esp. em SMO	Enf. não diferenciados
12	0	0	0	0
0	0	0	0	0
32	15	14	20	15
5	4	4	9	2
8	2	7	1	11
15	3	3	3	10
6	3	3	0	0
15	5	10	5	7
14	5	3	3	0
14	5	4	6	28
0	0	0	0	0
20	8	10	0	0
122	2	0	não	não
15	10	8	5	20
3	1	2	1	0
8	7	12	4	8
-	-	-	-	-
8	5	8	0	0
6	3	5	4	0
4	1	6	4	18
5	2	3	4	12
6	3	5	6	22
39	17	13	12	0
6	2	3	3	4
75	18	17	5	0

2.5 – As analgesias de parto são sempre supervisionadas por anestesiológicas?



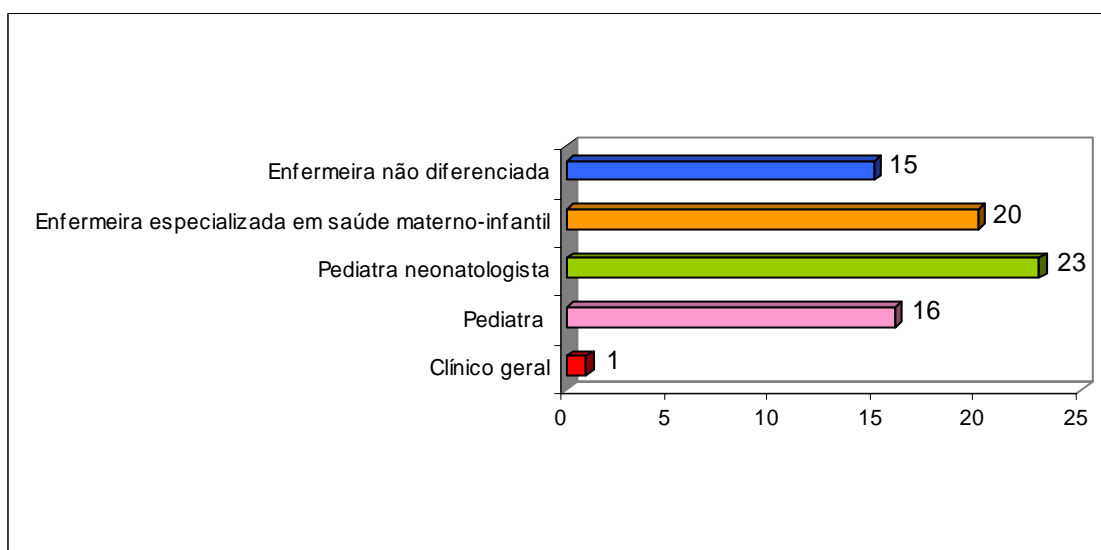
Sim	25
Não	0

2.6 – Está assegurada a assistência médica da criança, no período perinatal?



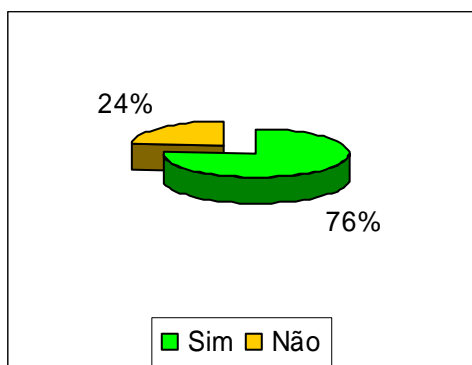
Sim	25
Não	0

2.7 – Que tipo de profissional faz esta assistência? (Marque com um X uma ou mais opções)



	N.º
Clínico geral	1
Pediatra	16
Pediatra neonatologista	23
Enfermeira especializada em saúde materno-infantil	20
Enfermeira não diferenciada	15

2.8 – Existem protocolos para iniciar um procedimento de emergência, em situação de risco para a parturiente e/ou o feto/recém-nascido?

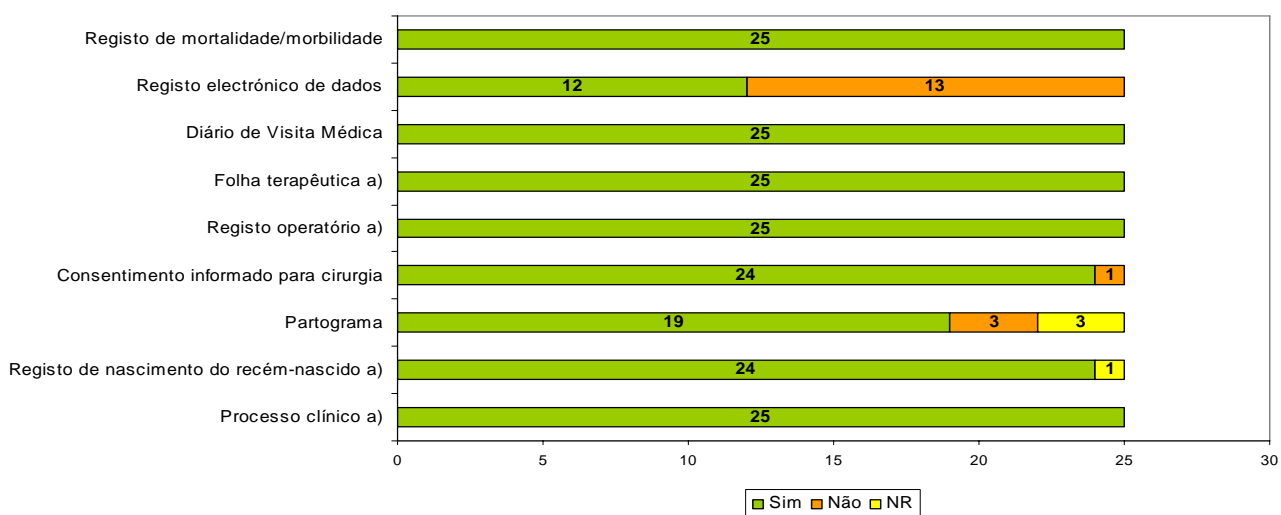


Sim	19
Não	6

### 3. Registo dos Dados Clínicos

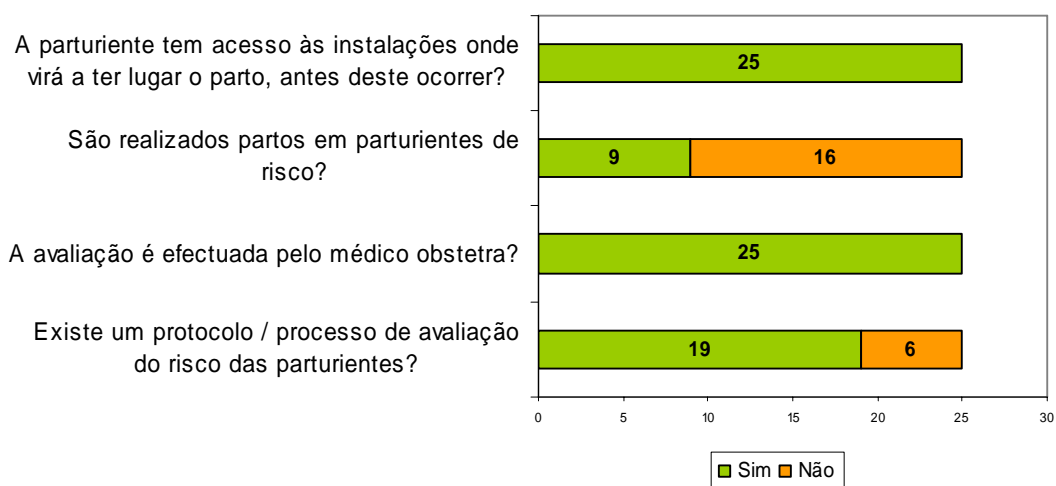
#### 3.1 - Como é efectuado o registo dos dados clínicos?

	Sim	Não	NR
Processo clínico a)	25	0	0
Registo de nascimento do recém-nascido a)	24	0	1
Partograma	19	3	3
Consentimento informado para cirurgia	24	1	0
Registo operatório a)	25	0	0
Folha terapêutica a)	25	0	0
Diário de Visita Médica	25	0	0
Registo electrónico de dados	12	13	0
Registo de mortalidade/morbilidade	25	0	0



### 3.2 – Qualificação da parturiente admitida

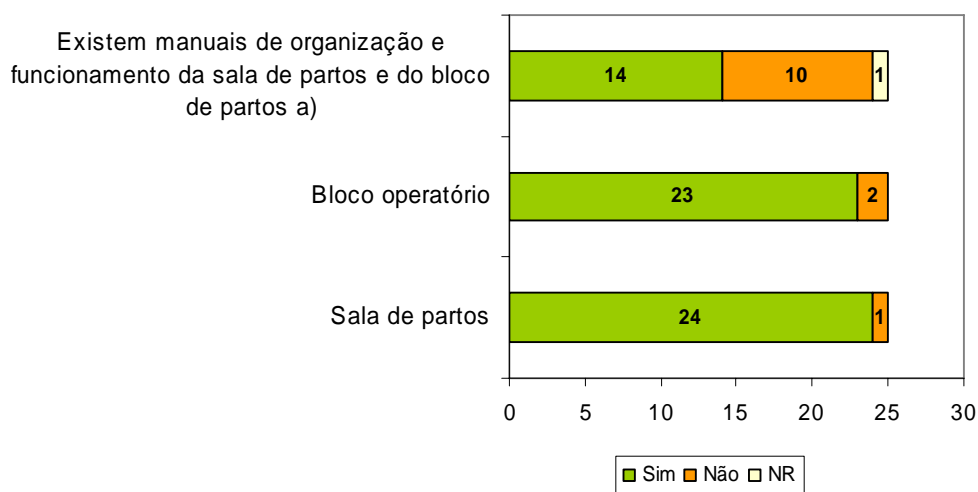
	Sim	Não
Existe um protocolo / processo de avaliação do risco das parturientes?	19	6
A avaliação é efectuada pelo médico obstetra?	25	0
São realizados partos em parturientes de risco?	9	16
A parturiente tem acesso às instalações onde virá a ter lugar o parto, antes deste ocorrer?	25	0



## 4 – Equipamentos

4.1 – Têm instalações dedicadas especificamente aos partos, nomeadamente:

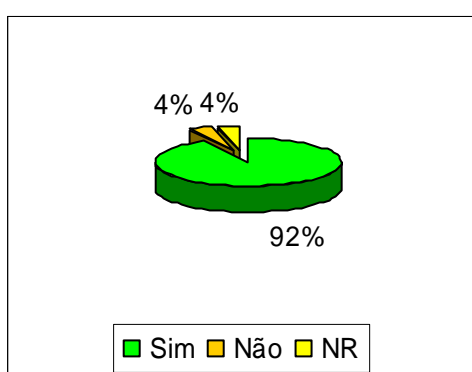
	Sim	Não	NR
Sala de partos	24	1	0
Bloco operatório	23	2	0
Existem manuais de organização e funcionamento da sala de partos e do bloco de partos a)	14	10	1



#### 4.2 – N.º de Salas de Partos

N.º de Instituições	N.º
13	1 sala de Parto
6	3 salas de parto
4	2 salas de parto
1	4 salas de parto
1	utiliza o bloco cirúrgico

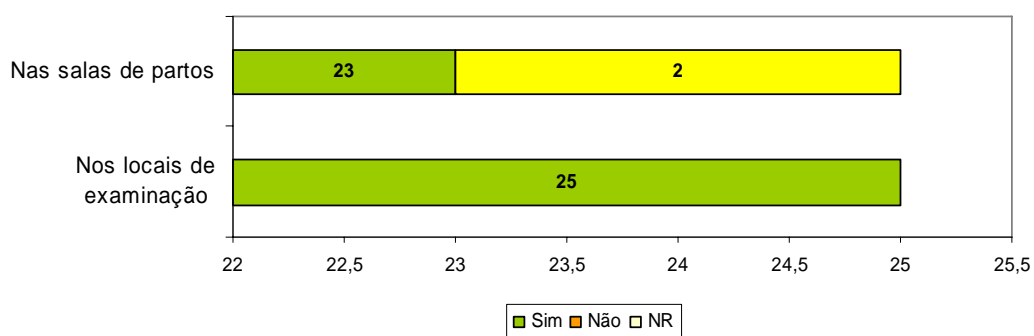
4.5 – As salas de partos estão separadas dos locais onde são os consultórios e/ ou as salas de exames?



Sim	23
Não	1
NR	1

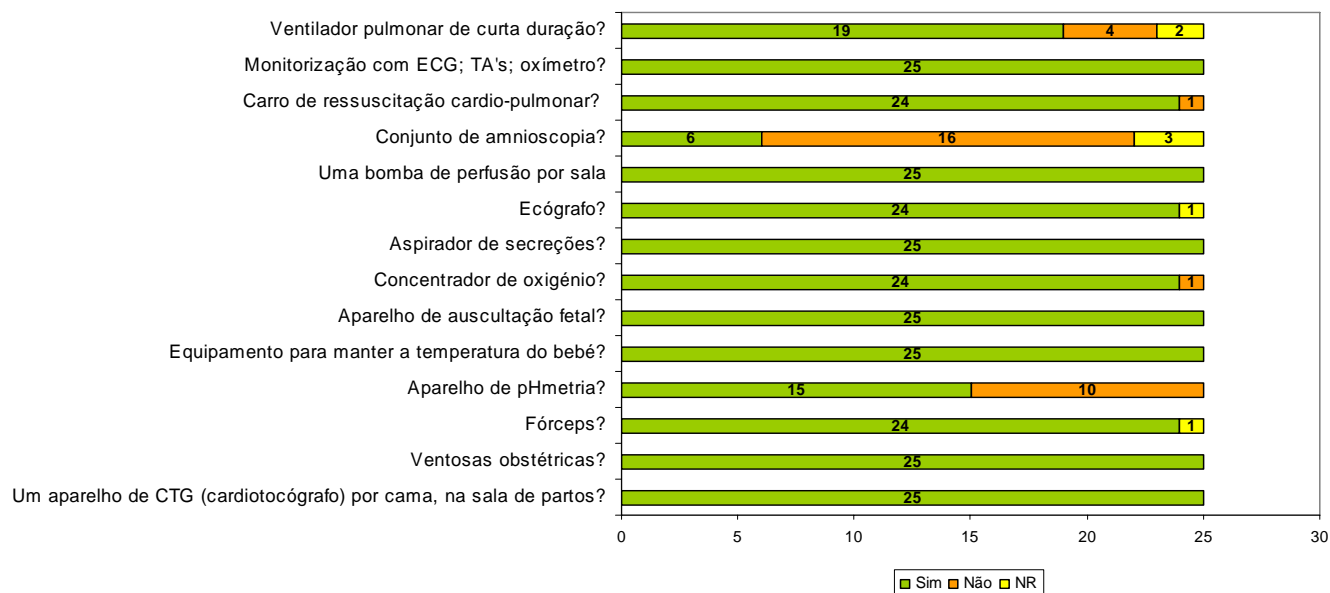
4.6 – Têm lavatórios para higienização:

	Sim	Não	NR
Nos locais de examinação	25	0	0
Nas salas de partos	23	0	2

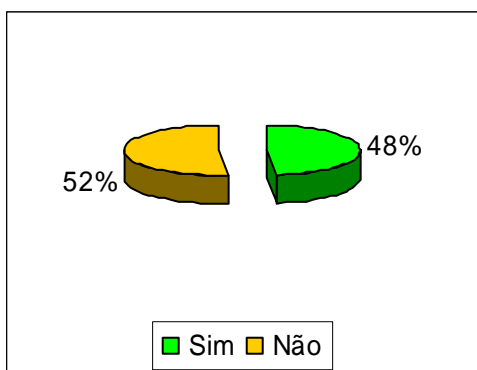


#### 4.7 – Têm os seguintes equipamentos:

	Sim	Não	NR
Um aparelho de CTG (cardiotocógrafa) por cama, na sala de partos?	25	0	0
Ventosas obstétricas?	25	0	0
Fórceps?	24	0	1
Aparelho de pHmetria?	15	10	0
Equipamento para manter a temperatura do bebé?	25	0	0
Aparelho de auscultação fetal?	25	0	0
Concentrador de oxigénio?	24	1	0
Aspirador de secreções?	25	0	0
Ecógrafo?	24	0	1
Uma bomba de perfusão por sala	25	0	0
Conjunto de amnioscopia?	6	16	3
Carro de ressuscitação cardio-pulmonar?	24	1	0
Monitorização com ECG; TA's; oxímetro?	25	0	0
Ventilador pulmonar de curta duração?	19	4	2

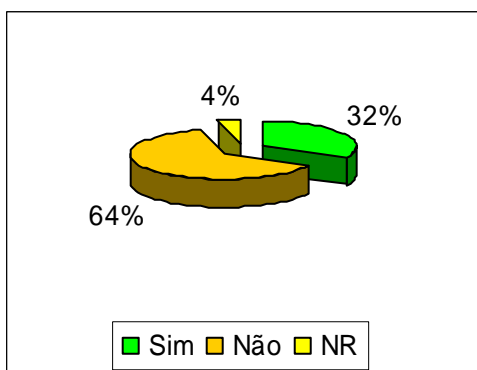


4.8 – Têm Unidades de Cuidados Especiais, obedecendo aos requisitos impostos pelo Decreto Regulamentar n.º 63/94, de 2 de Novembro?



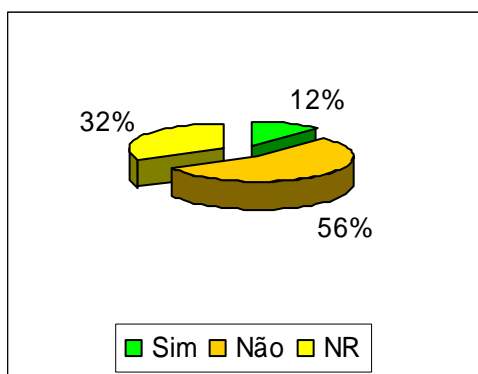
Sim	12
Não	13

4.9 – Existem Unidades de Cuidados Intensivos (de acordo com o Decreto Regulamentar n.º 63/94, de 2 de Novembro)?



Sim	8
Não	16
NR	1

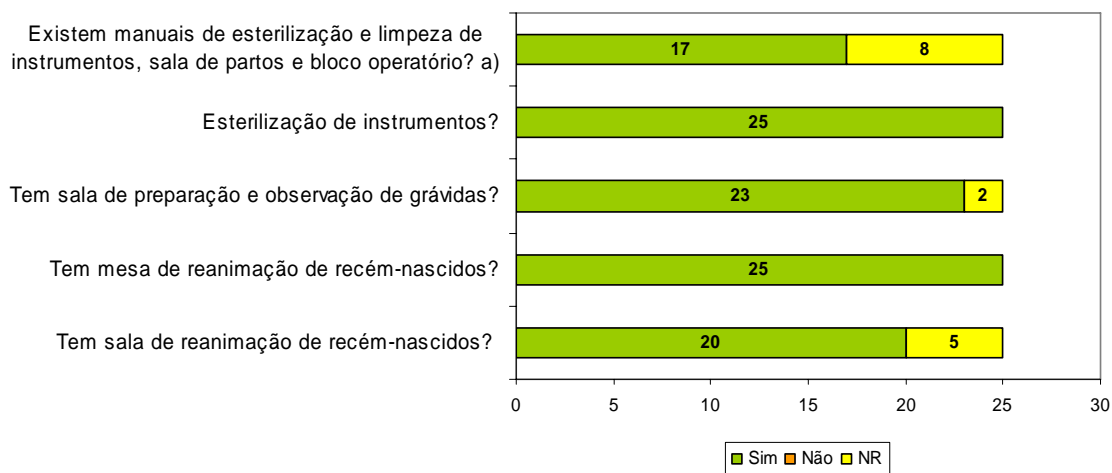
4.9.1 – Em caso de resposta negativa, existe um protocolo de transferência referenciado para algum hospital com UCI?



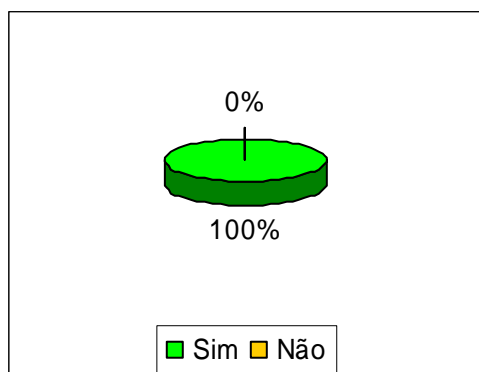
Sim	3
Não	14
NR	8

4.10 – Resposta:

	Sim	Não	NR
Tem sala de reanimação de recém-nascidos?	20	0	5
Tem mesa de reanimação de recém-nascidos?	25	0	0
Tem sala de preparação e observação de grávidas?	23	0	2
Esterilização de instrumentos?	25	0	0
Existem manuais de esterilização e limpeza de instrumentos, sala de partos e bloco operatório? a)	17	0	8



4.11 – Em caso de necessidade, a instituição dispõe de bloco operatório acessível disponível 24 horas por dia?



Sim	25
Não	0

4.13 – Resposta:

	Sim	Não	NR
Têm protocolos com empresas transportadoras de doentes? a)	7	16	2
Estão definidos os critérios a que deve obedecer a transferência de doentes? a)	12	10	3
Têm acesso a laboratório capaz de fornecer resultados de patologia clínica durante 24 horas por dia?	24	1	0
Serviço de hematologia:	23	1	1
• Tipagem	25	0	0
• Provas de compatibilidade	24	1	0
Existe disponibilidade de papa de glóbulos rubros, plasma, plaquetas ou expansores de sangue, 24 horas por dia?	22	2	1
Têm Rx convencional?	23	2	0

## 5 – Estatística:

<b>Partos no Ano 2005</b>		<b>Cesarianas</b>	
<b>N.º Total</b>	<b>N.º Total</b>	<b>%</b>	
2686	1402	52,20%	
1572	1067	67,88%	
1115	482	43,23%	
916	786	85,81%	
758	537	70,84%	
621	490	78,90%	
352	253	71,88%	
342	257	75,15%	
325	272	83,69%	
319	243	76,18%	
307	163	53,09%	
272	253	93,01%	
222	189	85,14%	
164	120	73,17%	
154	132	85,71%	
128	86	67,19%	
48	24	50,00%	
45	30	66,67%	
40	30	75,00%	
40	39	97,50%	
30	27	90,00%	
19	17	89,47%	
18	13	72,22%	
7	7	100,00%	
0	0		
10500	6919		

### 9.5 Anexo V – Deficiências Tipo dos Centros de Nascimento:

Deficiências graves de natureza estrutural e com reduzidas perspectivas de recuperação:

		Acesso a laboratório de análises 24hs/dia	Hospital de apoio diferenciado a menos de 30min de distância	Realização de partos com frequência superior a 1 parto/sem
Norte	1	✓	✓	∅
	2	✓	✓	[5-10[
	3	✓	✓	[5-10[
	4	✓	✓	∅
	5	✓	✓	∅
	6	✓	✓	∅
	7	✓	✓	[5-10[
	8	✓	✓	∅
	9	✓	✓	[10-20[
	10	✓	✓	[10-20[
	11	✓	✓	[5-10[
	12	✓	✓	[1-5[
	13	✓	✓	∅
	14	✓	✓	[5-10[
	15	✓	✓	[10-20[
Centro	16	✓	✓	[1-5[
	17	✓	✓	[5-10[
	18	✓	✓	∅
Sul	19	✓	✓	> 20
	20	✓	✓	> 20
	21	✓	✓	[10-20[
	22	✓	✓	> 20
	23	✓	✓	
	24	✓	✓	[1-5[
	25	✓	∅	∅

Deficiências graves que implicam intervenção institucional de nível elevado:

		Protocolo para iniciar procedimento de emergência em situação de risco	Sala de Reanimação com características apropriadas	Protocolo de Transporte (a)	Protocolo de Transferência para Hospitais de Apoio diferenciado neonatal ou polivalente (a)	Apoio por pessoal especializado 24hs/dia
Norte	1	✓	∅	∅	✓	∅
	2	✓	∅	∅	∅	✓
	3	∅	✓	∅	∅	∅
	4	✓	∅	∅	✓	✓
	5	✓	∅	✓	∅	∅
	6	✓	✓	∅	∅	∅
	7	✓	✓	✓	✓	✓
	8	∅	✓	∅	∅	✓
	9	∅	∅	✓	✓	✓
	10	✓	∅	∅	∅	✓
	11	✓	✓	∅	∅	∅
	12	∅	✓	∅	∅	✓
	13	✓	∅	∅	∅	∅
	14	✓	∅	∅	∅	∅
	15	✓	✓	✓	✓	∅
Centro	16	✓	✓	∅	∅	∅
	17	✓	✓	∅	∅	∅
	18	✓	✓	∅	∅	✓
Sul	19	✓	✓	✓	✓	✓
	20	✓	∅	✓	✓	✓
	21	∅	✓	✓	✓	✓
	22	✓	✓	✓	✓	✓
	23	✓	✓	✓	✓	✓
	24	∅	✓	∅	∅	∅
	25	✓	∅	✓	∅	∅

(a) Note-se que a existência de protocolo de transporte e de transferência para hospitais de apoio diferenciado neonatal ou polivalente foi entendida em termos funcionais. Assim, porque alguns centros de nascimento (sete) são suficientemente autónomos para resolver situações de risco, não necessitando de efectuar transferências, a funcionalidade dos protocolos foi considerada suprida.

Deficiências estruturantes resolúveis ao nível da direcção clínica do centro:

		Manuais de Organização e Funcionamento do Centro de Nascimento	Normas de Limpeza e Esterilização das salas de parto, bloco cirúrgico e materiais
Norte	1	Ø	Ø
	2	Ø	Ø
	3	Ø	Ø
	4	✓	✓
	5	✓	Ø
	6	✓	✓
	7	Ø	Ø
	8	Ø	Ø
	9	Ø	Ø
	10	Ø	Ø
	11	Ø	Ø
	12	Ø	Ø
	13	✓	✓
	14	Ø	Ø
	15	✓	✓
Centro	16	✓	✓
	17	Ø	Ø
	18	Ø	Ø
Sul	19	Ø	Ø
	20	✓	✓
	21	✓	Ø
	22	Ø	✓
	23	✓	✓
	24	Ø	Ø
	25	Ø	Ø

## **9.6 Anexo VI – Resenha dos Comentários enviados à ERS:**

O relatório preliminar desta caracterização foi enviado, na íntegra, por correio electrónico, individual e respectivamente, no dia 4 de Abril passado:

- Ao Gabinete do Ministro da Saúde;
- Ao Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos;
- À APHP (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada);
- A cada um dos prestadores envolvidos neste estudo.

Até ao dia 15 de Junho, deram entrada na Entidade Reguladora da Saúde comentários provenientes de:

- Gabinete do Ministro da Saúde;
- APHP;
- Prestadores identificados com os n.º 4, 5, 9, 11, 12, 16, 17, 24.

Após a leitura das observações efectuadas podemos, de relevante, referir o seguinte:

- **Prestador 4:**

O prestador 4 fez os seguintes comentários, quanto aos resultados da avaliação:

- **Número de partos:** O facto de o número ser reduzido (inferior a 1/semana) deve-se, essencialmente, a factores económicos das famílias desta área, mas não intervém, ou condiciona, a capacidade técnica dos médicos e enfermeiros que têm actividade profissional noutras instituições e o conseqüente treino adequado. No entender desta instituição, os Obstetras, Pediatras e Enfermeiros que prestam serviço naquela Unidade são sobejamente reconhecidos.
- **Sala de Reanimação com características apropriadas:** O recém-nascido é reanimado em mesas de reanimação existentes na sala de partos e na sala contígua

a esta. Porém, neste e outros pontos, este prestador afirma estar já a proceder a melhorias, (ex: monitorização), garantindo que sempre envidarão todos os esforços no sentido do aperfeiçoamento.

- **Protocolo de Transporte:** O Protocolo de Transporte utilizado é o do INEM-RN.

- **Prestador 5:**

Para o prestador 5, a questão a que é dada mais relevância em matéria de avaliação da qualidade dos serviços prestados é a casuística, retratada no número de partos realizados em cada Unidade de Saúde. Nesse sentido, parece resultar que as Unidades com baixo número de partos não deveriam ser "palco" de nascimentos, uma vez que a experiência adquirida pelas equipas seria insuficiente para garantir a boa qualidade dos actos médicos praticados.

No entender desta instituição, este argumento só se aplica em toda a sua plenitude às Unidades de Saúde com pessoal clínico em exclusividade, na medida em que o trabalho aí realizado corresponde à totalidade da actividade desse mesmo pessoal.

Contudo, sendo conhecida a grande mobilidade da maioria dos profissionais deste sector, que se traduz na prática desenvolvida em várias Unidades de Saúde - públicas, privadas e/ou sociais -, entende que o relevante é saber se esses profissionais, em termos globais, praticam ou não os actos médicos considerados necessários à aquisição de uma experiência compatível com a qualidade clínica exigível.

Consequentemente, o currículo das equipas de profissionais deverá ser assumido como o factor mais relevante quando se pretende avaliar a referida qualidade clínica e já não propriamente o n.º de partos realizado em cada Unidade.

- **Prestador 9:**

Este prestador remeteu uma *check list* de situações de risco, bem como um protocolo de transferência a ser observado nestas situações.

- **Prestador 11:**

O prestador 11 entendeu explicitar que:

1. O tipo e a modalidade de cuidados prestados e o modelo organizacional adoptado, têm-se revelado eficazes não só, quanto ao grau de satisfação dos utentes pela forma como vêm obtendo cura/solução para os quadros clínicos que apresentam, como também relativamente à opinião dos cirurgiões que nos vêm distinguindo, alguns há já algumas décadas.
2. Tal não significa, todavia, que esta Instituição seja obstáculo ao bom acolhimento das recomendações que a ERS ache por bem fazer. Querem continuar a trilhar caminhos de modernização que os possam, legitimamente, manter a um nível elevado de qualidade, para que todos os Utentes/Interessados, incluindo neste último grupo e por exemplo a Administração Regional de Saúde, continuem a procurá-los ou a firmar acordos de Prestação de Cuidados de Saúde de que o "PECLEC" não deixou de constituir uma referência.

- **Prestador 12:**

O prestador 12 informa que, detectadas desconformidades pela inexistência de «Protocolo para iniciar procedimento de emergência em situação de risco», «Protocolo de transporte», «Protocolo de transferência para hospitais de apoio» bem como a ausência de «Manuais de organização e funcionamento do centro de nascimento» e «Normas de limpeza e esterilização das salas de parto, bloco cirúrgico e materiais» em forma escrita, iniciou as diligências adequadas à regularização das situações achadas deficientes quer pela celebração dos competentes protocolos em falta quer pela elaboração e sistematização dos manuais em falta. A instituição estima que toda a situação seja completamente regularizada em meados de Junho.

- **Prestador 16:**

O prestador 16 solicitou que se tivesse presente os seguintes pontos:

- 1- Protocolo de transporte: Este estabelecimento está abrangido pelo protocolo existente entre a Instituição à qual pertence e os Bombeiros Voluntários locais, tendo os bombeiros na sua frota uma ambulância emprestada pela própria Instituição.
- 2 - Protocolo de transporte para Hospitais de Apoio diferenciado neonatal ou polivalente: Esta Instituição já dispõe de uma unidade de cuidados diferenciados de

neonatologia, pelo que só em situações de raridade (necessidade de apoio em Unidade de Cuidados Intensivos) é accionado o protocolo de procedimento interno que implica o recurso ao INEM. Em simultâneo, estão identificadas as unidades às quais devem recorrer para solicitar este tipo de transporte e as unidades hospitalares centrais de destino para os pacientes.

3 - Apoio por pessoal especializado 24 hs/dia: Para além do corpo médico especializado, e que em horário nocturno e dias não úteis estão escalados para prevenção, o pessoal de enfermagem que assegura o horário nocturno e feriados em permanência tem especialização na área de neonatal. Existe protocolo interno a ser accionado quando são solicitados cuidados médicos de especialidade diferente daquela que está a ser assegurada.

- **Prestador 17:**

O prestador 17 informa que irá tão breve quanto possível suprir as faltas detectadas no relatório. Nesse sentido, foi já solicitado à Direcção Médica a elaboração do regulamento do Bloco de Partos, bem como a elaboração de normas e procedimentos. Relativamente às normas de limpeza e higiene, serão as mesmas oportunamente remetidas à ERS, uma vez que já estão instituídas.

No que se refere ao transporte de recém-nascidos (um a dois por ano), foi solicitado a uma das Corporações de Bombeiros locais a assinatura de um Protocolo. Igualmente, foi solicitado ao Hospital público local, um pedido de colaboração que possibilite e assegure receber os nossos recém – nascido, na sua Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia.

- **Prestador 24:**

O prestador 24 solicita que se tenha em atenção alguns melhoramentos efectuados, desde a visita da ERS às suas instalações. Congratulam-se com o facto de não terem sido detectadas deficiências graves de natureza estrutural ou reduzidas perspectivas de recuperação.

Relativamente às deficiências que implicam intervenção institucional de nível elevado, informa-nos este prestador de que já existe um protocolo para iniciar procedimento de emergência em situação de risco.

No que diz respeito ao transporte de recém-nascidos prematuros ou com malformação grave, foi solicitada colaboração à Equipa de Transporte de Recém Nascidos de Alto Risco do INEM. Aguarda-se a elaboração de um protocolo formal. Estabeleceu-se um Protocolo de Transferência para Hospital de Apoio Diferenciado com a Unidade de Neonatologia do Hospital público local, que dispõe de Cuidados Especiais e Intensivos.

O prestador 24 solicita à ERS que os informemos da deficiência detectada na instituição, relativamente ao apoio por pessoal especializado 24h/dia, uma vez que dispõe de todas as especialidades intervenientes, em regime de chamada, o que permite um acompanhamento especializado a todos os nascimentos e recém-nascidos da sua unidade.

No que diz respeito às deficiências estruturantes resolúveis ao nível da direcção clínica, afirmam que o Manual de Organização e Funcionamento está a ser preparado. As Normas de Limpeza e Esterilização das salas de parto, bloco cirúrgico e materiais já se encontram disponíveis e vão integrar o Manual da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar a ser submetido à apreciação pelo Conselho de Administração.

- **APHP:**

A APHP releva o desempenho e qualidade satisfatória demonstrada pelas unidades de prestação de cuidados de saúde privadas que possuem centros de nascimento e que na sua larga maioria cumprem perfeitamente os critérios exigidos, perante os resultados apresentados pelo estudo.

Um aspecto que pareceu ser de elevada importância para esta associação, e que poderá induzir em erro as classificações obtidas pelas várias unidades avaliadas, é a definição da casuística, que no relatório apresentado pela ERS é definida como sendo ***“a necessidade da existência de um case mix apropriado e de um número mínimo de actos médicos como condições fundamentais para garantir uma prestação eficiente de cuidados e uma correcta gestão de risco, pois só profissionais treinados e em contacto permanente com as diferentes situações podem assegurar cuidados de qualidade”***. Ou seja, segundo tal definição será elemento fundamental para preenchimento deste critério, o número de partos realizado por cada unidade de saúde. Ora, sendo o objectivo final da casuística o retrato da prestação de cuidados de qualidade, baseado na formação e

**experiência dos profissionais** que directamente desempenham a sua função nesta área, não se afigura correcta, aos olhos da APHP, a definição apresentada. Tal argumento só colheria, dizem-nos, nos casos em que todo o pessoal clínico de uma determinada unidade de saúde estivesse em regime de exclusividade, na medida em que o trabalho aí realizado corresponderia a totalidade da actividade desse mesmo pessoal. Contudo, é de conhecimento geral que a larga maioria dos profissionais trabalha em várias unidades de saúde (públicas, privadas e sociais), pelo que realmente indicador da boa qualidade de cuidados prestados seria o conhecimento se os profissionais em causa praticam ou não actos médicos considerados necessários à aquisição de uma experiência compatível com a qualidade clínica exigível.

A APHP chama a atenção para o facto de o prestador 25 se encontrar a 15 minutos de distância de um hospital público que possui uma unidade neonatal. Assim, a deficiência atribuída ao prestador 25, por não ter um hospital de apoio diferenciado neonatal a menos de 30 minutos de distância, é partilhada pelo referido hospital público, que se encontra na mesma posição e com os mesmo pressupostos do prestador 25. Acresce que o prestador 25 está, neste momento, numa fase terminal de certificação da Norma ISSO9001, tendo sido criada neste âmbito uma comissão de acompanhamento na área da maternidade cuja meta consiste entre outras, em proceder a elaboração de um protocolo de transferência para hospital de apoio diferenciado neonatal ou polivalente, estando o mesmo já numa fase adiantada.

- **Gabinete do Ministro da Saúde:**

O Senhor Ministro da Saúde, após a análise e apreciação do documento em apreço, exarou o seguinte despacho:

“1 – À IGAS para os procedimentos devidos.

2 – Ao conhecimento da Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal.”